ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 20 (37). Rocznik II. | Kraków, 18. 5. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca sie tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

O odkażaniu rąk

Napisal: Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

Prof. Neufeld z instytutu Roberta Kocha w Berlinie ogłosił niedawno (Münch. med. Woch. 1940 Nr. 49) wyniki swoich doświadczeń nad niektórymi sposobami odkażania rąk. Wiadomości te mają dla wszystkich zawodów leczniczych duże znaczenie praktyczne.

Alkohol. W ciągu ostatnich dziesięcioleci odmawiano alkoholowi większych zdolności zabijania bakteryj na skórze; myto nim ręce zwykle dlatego, że czyści skórę, rozpuszcza tłuszcze, a zwłaszcza dlatego, że posiada rzekomo własności „utrwalania“ drobnoustrojów. Poglądy te jednak są zupełnie błędne, gdyż **wysoko procentowy alkohol jest jednym z tych środków, które najsilniej zabijają drobnoustroje na skórze.**

Następujące doświadczenie wykazuje, że alkohol ani nie utrwala bakteryj na skórze, ani nie usuwa ich bynajmniej lepiej, niż zwykłe mydło: jeżeli się ręce odpowiednio zakazi mieszaniną prątków okrężnicy *(b. coli)* i zarodników prątka ziemniaczanego, to gdyby alkohol działał na skórę oczyszczająco, należałoby się spodziewać, że po umyciu nim rąk oba rodzaje drobnoustrojów jednakowo będą zmyte, to znaczy, że próby z posiewem na pożywkach wykażą, iż ilość obu rodzajów jednakowo się na rękach zmniejszyła, tak jakby to nastąpiło po umyciu rąk mydłem. To samo musiałoby nastąpić, gdyby alkohol w jakiś sposób utrwalał drobnoustroje na skórze. Taki sposób utrwalania w ogóle, co prawda, nie jest bardzo jasny ani zrozumiały i Neufeld nawet powątpiewa, czy rzeczywiście istnieje; jednak, niewątpliwie, gdyby istniał, zarówno prątki okrężnicy jak i zarodniki prątka ziemniaczanego musiałyby się jednakowo na skórze utrwalić. Tymczasem okazuje się co innego. Prątki okrężnicy prawie wcale na płytkach nie wyrastały, natomiast prątki ziemniaczane wyrastały nader obficie, tak samo mniej więcej, jak po umyciu rąk mydłem.

Z tego wynika, że alkohol działa na skórze podobnie jak *in vitro*, mianowicie **szybko zabija wegetatywne formy bakteryj, natomiast nie zabija wcale zarodników.**

Działanie alkoholu na skórze było nieraz pojmowane błędnie dlatego, że *in vitro* stężony alkohol nie zabija bakteryj wtedy, gdy one są wysuszone i siedzą gdzieś na nitkach jedwabiu lub na kłaczkach. **Wilgotne drobnoustroje zabija absolutny alkohol bardzo szybko. Gdy drobnoustroje na rękach wyschną, trzeba je wprzód myciem w wodzie namoczyć, inaczej i tutaj alkohol zawiedzie.**

Jakkolwiek prof. Neufeld jest autorem niewątpliwie bardzo kompetentnym, to jednak przy tej sposobności warto przypomnieć doświadczenia prof. Bujwida, wykonane jeszcze w r. 1910 razem z drem Szulcem, wykazujące, że najlepszym sposobem odkażania rąk jest parominutowe ich umycie wacikiem, zmaczanym w 70%-owym alkoholu. Dla zabicia bakteryj ropnych na powierzchni skóry to wystarczy. O tym pisze sam prof. Bujwid w artykule zamieszczonym w „Wiadomościach Aptekarskich“ z dnia 15 kwietnia 1941.

Zephirol. Przed kilku laty Domagk ogłosił wyniki swoich badań nad zephirolem, preparatem wytwarzanym przez firmę Bayer w Leverkusen. Jest to mieszanina wysokocząsteczkowych amonochlorków alkilowych dwumetylobenzylu. Zephirol *in vitro* nawet w dużym rozcieńczeniu zabija albo wstrzymuje rozwój wegetatywnych postaci bakteryj, jak również

i zarodników; praktycznie biorąc jest nietrujący, bez zapachu, skóra dobrze go znosi nawet przy dłuższym używaniu. Zdawałoby się w ten sposób, że jest to idealny środek do odkażania rąk. Toteż wielu autorów w tym duchu ogłosiło swoje wyniki. Opierali się oni na następujących doświadczeniach:

Palce myto 2—3 minuty w 1-procent. zephirolu, po czym opłukiwano je starannie w bieżącej wodzie. Tak oczyszczone palce odciskano na agarze. Po pewnym czasie, jak zawsze, stwierdzano na płytkach, że na agarze nie ma żadnych albo prawie żadnych kolonij. Ponieważ tak doskonałych wyników nie otrzymano dotąd z żadnym środkiem, wyprowadzono stąd wniosek, że zephirol świetnie się nadaje do odkażania rąk. Niektórzy autorowie na podstawie podobnych badań powiedzieli to samo o **Quartamonie**, pod względem chemicznym zbliżonym do zephirolu (chlorbenzylat alkilamidu kwasu dwumetyloaminooctowego), wytwarzanym przez firmę Schülke i Mayr w Hamburgu.

Niestety Neufeld wykazał, że do doświadczeń tych wkradł się zasadniczy błąd. I on z początku otrzymywał te same zdumiewające wyniki: doświadczenia z 72 rękami, które myto 2 minuty w 1-procent. zephirolu, opłukiwano bieżącą wodą i odciskano w płynnym agarze, dawały bez wyjątku same jałowe płytki. Jednakże Neufeld wciąż niedowierzająco przyjmował te świetne wyniki badań nad zephirolem, **ponieważ skład chemiczny zephirolu** (jak i quartamonu) **zasadniczo jest zupełnie inny niż wszystkich dotychczas znanych środków odkażających.** Byłoby to czymś zupełnie nowym, gdyby się okazało, że poczwórne zasady amonowe mają tak wybitne działanie antyseptyczne.

Otóż **błąd dotychczasowych badaczy polegał na tym, że żaden z nich nie zauważył zjawiska adsorpcji.** Zjawisko to, jak wiadomo, polega na tym, że niektóre substancje, gazy, ciała w roztworze, luźno się wiążą z powierzchnią innego ciała miałko sproszkowanego albo porowatego. Ciałem adsorbowanym w danym wypadku był zephirol, a adsorbującym skóra palców. Ciało adsorbowane może w pomyślnych warunkach przejść do jakiegoś innego płynu, gdy się w nim zanurzy ciało adsorbujące. W ten sposób zephirol, adsorbowany przez skórę, nie da się z niej spłókać ciepłą wodą bieżącą nawet w ciągu 45 sekund: mimo tego mycia zostaje go na skórze ilość wystarczająca, ażeby jeszcze przejść do agaru, w którym się palce zanurzyły, i **powstrzymać wszelki rozwój bakteryj.** Można do takiego agaru dodać nawet jeszcze znacznych ilości gronkowców: nic na nim już nie wyrośnie, gdyż agar z zephirolem już nie jest pożywką.

Prostym doświadczeniem można wykazać, że ani zephirol ani quartamon nie wywierają żadnego działania na drobnoustroje zwyklej ręki, które leżą głębiej. Jeżeli dodać do agaru, w którym ma się odciskać palce, mydła w takiej ilości, żeby nie powstrzymać wzrostu gronkowców, ale zobojętnić zephirol, to na takich płytkach agarowych wyrosną tysiące kolonij kokków skórnych, zwłaszcza wyrośnie obficie *staphylococcus epidermidis Welch*, który zwykle siedzi obficie w głębszych warstwach skóry, a w takim doświadczeniu pod wpływem mydła przechodzi łatwo do agaru.

Prawdopodobnie silne związanie zephirolu z wierzchnią warstwą skóry sprawia, że środek ten już głębiej w skórę nie przenika. Na drobnoustroje leżące na palcach powierzchownie, pochodzące np. z jakiegoś powalania, zephirol działa dobrze, zabijając je. A rzeczywiście na zabiciu tych kokków gramododatnich chirurgowi, jak wiadomo, zależy najwięcej.

Przedstawione wyżej własności zephirolu, po pierwsze, że go skóra wybitnie adsorbuje, po drugie, że go woda z trudnością spłukuje ze skóry, po trzecie, że zephirol łatwo później przechodzi ze skóry palców do rany lub do rękawiczki, pozwalają wysnuć wniosek, że zephirol jest przydatny jeśli chodzi o utrzymanie w stanie jałowym **wody z rękawiczki.** Warunki są tu podobne, jak przy odciskaniu palca na agarze. A woda z rękawiczki jest niekiedy niebezpieczna, np. jeżeli operator jest nosicielem gronkowca złośliwego *(staphylococcus aureus)*, co bynajmniej nie należy do rzadkości.

Z innych środków odkażających taki **Sagrotan** (roztwór chlorksylenolu i mydła p-chlor-krezolowego) w najmniejszym stopniu nawet nie posiada własności adsorpcyjnych. Jeżeli umyć ręce choćby w nierozcieńczonym sagrotanie i spłukać je potem krótko wodą, to do agaru lub bulionu nie przejdzie już wcale ten środek odkażający.

W odkażaniu ważną rolę odgrywa dalej **adsorpcja środka odkażającego przez same bakterie.** To zjawisko zachodzi często z **sublimatem,** który się łatwo powierzchownie wiąże z bakteriami, pozornie je zabija, powstrzymując ich rozwój, a w rzeczywistości jeszcze po upływie kilku godzin, a nawet paru dni żywe, zdolne do rozwoju drobnoustroje można od sublimatu uwolnić np. przez dodanie siarczków. **Prawdopodobnie drobnoustroje adsorbują równie łatwo i zephirol.** W każdym razie udało się stwierdzić eksperymentalnie, że **ręka odkażona zephirolem może jednak zakazić ranę.**

W tym celu Neufeld robił następujące doświadczenia z prątkami pasteurelli tj. posocznicy krwotocznej *(septicaemia haemorrhagica)*. Wstrzykiwano zawiesinę tych prątków świnkom morskim do jamy brzusznej, po czym na drugi dzień zanurzano palce w płynie wysiękowym, który się tam tworzył. Po umyciu rąk w zwykły sposób zephirolem, palcami zdawałoby się odkażonymi, dotykano zrobionej świeżo rany na skórze myszy, trąc ranę lekko przez przeciąg $1^1/_2$ minuty. Po upływie 48 godzin, 4 myszy, z którymi wykonano to doświadczenie, padły na posocznicę krwotoczną. W ten sposób prątki posocznicy prawdopodobnie adsorbowały zephirol, jednak pozostały żywe i wywołały u myszy posocznicę.

Skóra sama się także oczyszcza. Omawiając sprawę odkażania rąk, należy przypomnieć o bardzo ważnym zjawisku, które zbadał eksperymentalnie pierwszy Schiemann; nazwał on je **Selbstreinigung der Haut — samooczyszczanie się skóry.** Chodzi o to, że obce bakterie, które z zewnątrz dostały się na skórę, po pewnym czasie na niej giną. Rzecz jasna, że sprawa ta ma niesłychanie doniosłe znaczenie praktyczne. Przy przenoszeniu zarazków chorobotwórczych i zapobieganiu chorobom ręka ludzka ma olbrzymie znaczenie. Neufeld przypuszcza, że normalne samooczyszczanie się skóry jest prawdopodobnie ważniejsze, niż wszystkie zabiegi odkażające.

Zachodzi pytanie, jak to zjawisko Schiemann objaśnia. Otóż autor ten ograniczył się do ogólnej uwagi, że ponieważ skóra ma odczyn kwaśny, być może, wchodzi tu w rachubę działanie kwasów. Później dwaj inni autorowie Schade i Marchionini, którzy prowadzili badania nad kwasotą skóry i jej waha-

niami, wypowiedzieli pogląd, zastosowawszy nową własną technikę, że prawdopodobnie kwaśny płaszcz skóry jest ważnym czynnikiem, który nas broni przed zarazkami chorobotwórczymi. Z tego wynika przede wszystkim to, że bakterie, które przy tym stopniu kwasoty nie rosną, nie mogą trwale na skórze przebywać. Ale praktycznie ważniejsze jest pytanie, ile czasu potrzeba, ażeby ten płaszcz ochronny zabił zarazki chorobotwórcze, które się dostały na skórę.

Odpowiedzi dokładnej i ścisłej na to pytanie dać jeszcze nie można, gdyż badania w tym kierunku nie są jeszcze tak daleko posunięte.

Ale przed możliwością jednego wniosku trzeba już dzisiaj ostrzec: niektórzy autorowie, zachwyceni tym kwaśnym płaszczem ochronnym, zaczęli się oświadczać przeciwko mydłu, które kwasy zobojętnia, i przemawiać za środkami odkażającymi kwaśnymi. Taki wniosek byłby grubo przedwczesny; trzeba poczekać na dalsze badania, które sprawę wyświetlą.

O zagadnieniu prostytucji i chorób wenerycznych

Napisał: Dr. Buurman, Miejski Radca Sanitarny, Kraków.

(Dokończenie)

Znaną jest rzeczą, że wolno mieszkające prostytutki poszukują swych klientów przeważnie w kawiarniach, lokalach tanecznych i innych miejscach rozrywkowych. Zdając sobie z tego sprawę, podjęliśmy w ostatnim roku także w Krakowie w większym rozmiarze **obławy policyjne** w hotelach, kawiarniach, w pobliżu dworca kolejowego, w publicznych urządzeniach miasta, oraz na określonych ulicach. Ten środek okazał się skutecznym i koniecznym uzupełnieniem wyszukiwania źródeł zakażenia, ponieważ chodzi tu przeważnie o osoby, które jako źródła zakażenia są skrajnie niebezpieczne, a przy tym tylko trudno uchwytne. Doświadczenia tego patrolowania potwierdziły ponadto, że także i w Krakowie udział tajnej prostytucji w rozpowszechnianiu chorób wenerycznych jest znacznie większy, aniżeli prostytutek rejestrowanych.

Kto zna wiele prób, które raz po raz czyniono, aby zgnieść prostytucję, a które zawsze kończyły się niepowodzeniem, ten będzie musiał uznać usunięcie prostytucji raczej jako cel dalszy, a nie jako jedyną wytyczną dla praktycznych posunięć, które należy przedsięwziąć w chwili obecnej. Aby móc usunąć prostytucję, musiałoby się najpierw usunąć sprzyjające jej warunki. A te warunki istnieją nie tylko po stronie podaży prostytutek, lecz w rozstrzygającej mierze po stronie **popytu, wychodzącego od mężczyzn.** Podaż jest tu w znacznym rozmiarze tylko następstwem popytu. Jak długo popyt ten utrzymuje się nadal z tą samą siłą i w tych samych rozmiarach, to zbyt ostre wystąpienia przeciwko podaży prowadzą tylko do wciśnięcia tej podaży w inne zmienne utajone formy, które pod względem zdrowotnym przedstawiają o wiele większe niebezpieczeństwo.

Za istotny środek w walce z chorobami wenerycznymi uważam wprowadzenie obowiązku **przedkładania lekarskiego świadectwa zdrowia** przed zawarciem małżeństwa.

Bering i Morschhäuser znaleźli wśród 26.288 ciężarnych, które od r. 1928 zgłosiły się w poszczególnych poradniach dla ciężarnych w miastach Kolonii, a które były badane również przez poradnie kliniki chorób skórnych w kierunku kiły, — 895 tj. 3,4% chorych na kiłę.

Hammer z urzędu zdrowia w Altonie podał, że z pośród ilości 6.290 mężczyzn i kobiet, zgłaszających wnioski o przyznanie im pożyczki ze względu na zawarcie małżeństwa, 55 = 0,89% w chwili stawiania wniosku nie nadawało się do zawarcia małżeństwa z powodu istniejącego u nich schorzenia kiłowego. Należy przyjąć, że spośród tych, którzy nie występowali z wnioskiem o udzielenie pożyczki dla zawarcia małżeństwa, znajduje się tak samo wysoki odsetek chorych kiłowo.

Ale szczególnie znaczące było stwierdzenie, że między chorymi znajdowali się też i tacy, którzy wogóle nie wiedzieli nawet o tym, że byli chorzy, i dlatego nie zgłaszali się do lekarzy celem leczenia. A przecież wobec niebezpieczeństwa późnych uszkodzeń, pojawiających się u takich chorych, a przy zachorowaniu kobiety ponad to szczególnie wobec niebezpieczeństwa powstania bezpłodności albo przeniesienia choroby na potomstwo, należy dążyć do tego, żeby chorzy kiłowo jak najwcześniej zostali **ujęci** i leczeni. Stąd wynika z lekarskiego punktu widzenia niezbędny wymóg, ażeby spośród tych, którzy chcą zawrzeć małżeństwo, wyłączyć chorych kiłowo w okresie grożącym zakażeniem, aby zaś ich ująć, musi się od każdego zamierzającego zawrzeć małżeństwo wymagać przedłożenia lekarskiego świadectwa zdrowia.

Już przy omawianiu abolicjonizmu wskazałem po krótce na to, że istnieją ludzie, którzy łudzą się nadzieją natychmiastowego rozwiązania całego zagadnienia prostytucji przy pomocy bardziej wnikliwej opieki społecznej. Mam na myśli plan powstrzymania prostytutek od ich zawodu przy pomocy wpływów opiekuńczych, a o ile to nie pomaga, przez kierowanie ich do domów pracy. Plan ten nie tylko przecenia skuteczność opieki społecznej w sprawach podaży kobiecej, lecz pomija przede wszystkim rozstrzygającą rolę, jaką odgrywa popyt męski jako warunek wstępny prostytucji. Najprostsza i najwięcej mająca widoków powodzenia droga do współpracy nad zmniejszeniem prostytucji z punktu widzenia opieki społecznej istnieje przy doroście. Jeżeli pominie się z pewnością nie nieznaczną liczbę „urodzonych ladacznic", to przecież, jak uczy doświadczenie, w prostytucję popadają wskutek zewnętrznych okoliczności życiowych także dziewczęta z dobrym usposobieniem dziedzicznym, z powodu swej lekkomyślności czy też niedoświadczenia. Tutaj jak najbardziej wnikliwa opieka społeczna jest właśnie zupełnie na miejscu. **Ochrona zagrożonych dziewcząt** praktycznie przedstawia wdzięczniejsze zadanie niż próby ratowania prostytutek, które już dłuższy czas są w zawodzie, aczkolwiek także i im musi się zostawić otwartą drogę i możliwość powrotu do życia obywatelskiego. Ale już całkowicie chybione wydaje się zamykanie prostytutek, które nie chcą się dać ratować, **do domów pracy** i przez to opróżnianie miejsca dla nowego napływu do tego zawodu. Tego rodzaju odosobnienie można zastosować w poszczególnym przypadku, jako karę czy też z powodów sanitarnych, natomiast jako

środek ogólny, dla powstrzymania prostytutek od ich zawodu, stoi ono w sprzeczności z przekonaniem, że wprawdzie usunięcie prostytucji należy uważać za dalszy cel, jednakże nie za wyłączną wytyczną praktycznych zarządzeń, jakie należy podjąć w chwili obecnej.

Znamy przykłady, gdzie pewne osoby coraz to zarażały się na nowo. Dwa, trzy, cztery, ba, nawet jeszcze więcej zakażeń rzeżączką w przeciągu jednego czy niewielu lat. Raz po raz podawano pewnych mężczyzn czy kobiety jako źródło zakażenia, a przecież nie można ich było uchwycić. Jedni z nich przychodzili wielokrotnie w ciągu roku do dłużej trwającego ambulatoryjnego czy stałego leczenia. Znowu inni w czasie leczenia szerzyli nowe zakażenia, ale wedle obowiązującego prawa nie można było przeciwko nim wystąpić karnie, ponieważ poszkodowana osoba nie stawiała wniosku o ukaranie. Jeżeli **tacy właśnie ludzie** są chorzy wenerycznie, to stanowią oni trwałe niebezpieczeństwo dla otoczenia.

Dlatego też przy ocenianiu takich aspołecznych istot jedynie i wyłącznie miarodajnym jest niebezpieczeństwo, na jakie ci chorzy narażają swe otoczenie. Z powodu swego nastawienia duchowego, z powodu swej złej postawy, dają oni zły przykład i działają rozkładająco na ogólne pojęcia o obyczajach i przyzwoitości. Dalej przyłącza się jeszcze to, że przeważnie mają oni wstręt do pracy, a przez swój dotychczasowy tryb życia okazali, że nie są w stanie, czy też nie są skłonni, prowadzić uporządkowanego trybu życia. Właściwym miejscem dla takich ludzi jest dom pracy.

Zwiększona obecnie ważność walki z chorobami wenerycznymi wymaga stanowczo zastosowania bardziej energicznych środków. Tutaj należy też, moim zdaniem, obowiązkowe wprowadzenie opieki nad mężczyznami, przynajmniej w wielkich miastach, ze wszystkimi niezbędnymi do tego zarządzeniami w tym ujęciu, że dla mężczyzn o często zmiennych stosunkach powinno się tworzyć poradnie. Mężczyzn o często zmiennych stosunkach należy wziąć pod bieżący dozór i polecić im regularne zgłaszanie się do badań. Ważne jest przy tym dobre rozpoznanie charakteru mężczyzny jawiącego się celem badania. Jeżeli okażą się u niego niewątpliwe cechy człowieka aspołecznego, wówczas należy zastosować jak najostrzejsze środki.

Dziedzina profilaktyki, która coraz to bardziej wysuwa się na plan pierwszy jako jeden z głównych czynników higieny społecznej, otworzy kierownictwu spraw zdrowotnych w Generalnym Gubernatorstwie w wielkim kręgu zagadnień społecznych wdzięczne pole działania, przez swe główne zadanie: głęboko sięgającego uświadomienia jak najszerszych warstw społecznych. Jeżeli dotychczas w Polsce propaganda profilaktyki pozostawała na ślepym torze, to obecnie możemy wyrazić nadzieję, że także i w tej dziedzinie Gesundheitsführer (kierownik spraw zdrowotnych Generalnego Gubernatorstwa) z właściwą sobie energią znajdzie właściwe środki i drogi do skierowania na najszersze tory **uświadomienia** o omawianych dzisiaj zarazach niszczących naród, oraz do znalezienia odpowiednich środków zapobiegawczych.

Jeżeli już raz stwierdziliśmy, że często zmienne obcowanie płciowe sprzyja przede wszystkim rozpowszechnianiu się chorób wenerycznych, to z tego wynika niezmierne znaczenie dla dalszego przebiegu i wyniku walki z chorobami wenerycznymi **zaszczepianie poczucia odpowiedzialności w sprawach płciowych,** albowiem tutaj, w odpowiednim wychowaniu młodego pokolenia, w nowej idei i postawie wobec zagadnień płciowych, leży klucz do ostatecznego rozwiązania całego zagadnienia.

Mamy dostateczne powody do odrzucenia dzisiaj wyłącznie liberalistycznych i uświadamiających metod przy **pouczaniu narodu.** Zapewne także i my będziemy stosować wszelkie metody propagandy, obiecującej powodzenie. Ulotki, broszury, fotografie, odczyty itd. — tego wszystkiego nie możemy odrzucać. Ale w ich treści będziemy domagać się leczenia jednostki nie tyle ze względu na skutki choroby dla niej, ile raczej ze względu na skutki dla najbliższych i potomstwa. Chcemy rozbudzić poczucie odpowiedzialności człowieka w sprawach płciowych wobec wspólnoty narodowej i wychować ludzi tak zdrowo, aby oni mieli możność dalszego przekazywania danego im w dziedzictwie zdrowia.

Zbliżam się do końca moich wywodów.

Czyż jest coś zadziwiającego w tym, że sam Führer poświęcił swe pióro temu wielkiemu i ciężkiemu zadaniu: „Grzech przeciwko krwi i rasie jest grzechem pierworodnym tego świata i końcem oddającej mu się ludzkości".

„Walka przeciw kile i torującej jej drogę prostytucji jest jednym z olbrzymich zadań ludzkości, olbrzymim dlatego, ponieważ chodzi przy tym nie o rozwiązanie jakiegoś poszczególnego zagadnienia, lecz o usunięcie szeregu szkodliwych przyczyn, które wywołują szerzenie się tej zakaźnej choroby. Albowiem choroba ciała jest tu tylko wynikiem schorzenia instynktów obyczajowych, społecznych i rasowych".

W ten wskazany przez Führer'a sposób musi się nam udać, przyjmując z góry dobrą wolę ludności, doprowadzenie wychowania młodzieży i narodu do takiego stanu, że ze zrozumieniem i wdzięcznością poprze nasze starania o położenie możliwie szybko kresu chorobom wenerycznym.

Sprawozdanie

z działalności Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia za okres od listopada 1939 r. do 31 grudnia 1940 r.

Opracował: lek.-stom. J. Łączyński. Zarządca Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia, Kraków.

(Ciąg dalszy)

III. Okres trzeci.

Okres ten rozpoczyna fakt zamianowania przez Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie Dra Krolla dotychczasowego prezesa Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej zarządcą działu zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

Fakt ten jest punktem zwrotnym w istniejącej dotąd konstrukcji Izb Lekarsko-Dentystycznych i ich zakresu działania, i od tego momentu rozpoczyna się

już zupełnie wyraźnie przekształcanie Izb Lekarsko-Dentystycznych w nowe formy organizacyjne, dostosowane do całości konstrukcji organizacyjnej Izby Zdrowia.

W szkielecie organizacyjnym Izby Zdrowia Izby Lekarsko-Dentystyczne przekształcone zostają na **dział zawodowy** (Fachgebiet), w skład którego wchodzą jako oddzielne sekcje: lekarze-dentyści, uprawnieni technicy dentystyczni, technicy dentystyczni i laboranci techniczno-dentystyczni. Kierownikiem tego działu zawodowego jest stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, natomiast przez niego powołany, jemu bezpośrednio podległy i przed nim odpowiedzialny Zarządca działu dział ten prowadzi i kieruje wszystkimi jego pracami.

Zarządcy działu podlegają bezpośrednio prezesi Izb Lekarsko-Dentystycznych, jako mężowie zaufania lekarzy-dentystów grupy narodowościowej polskiej wraz z zarządami jako ciałami doradczymi prezesów, oraz przewodniczący poszczególnych sekcyj techników dentystycznych i laborantów techniczno-dentystycznych.

Ten schemat organizacyjny w ogólnych swych zarysach istnieje przy Okręgowych Izbach Zdrowia z koniecznymi oczywiście modyfikacjami, wynikającymi z terytorialnego podziału administracyjnego Gen. Gubernatorstwa.

Prace przeto tego okresu będą zmierzały do **całkowitego przekształcenia dotychczasowych form organizacyjnych** i rozbudowania tej komórki organizacyjnej Izby Zdrowia.

A. Prace organizacyjne ogólne.

Teren Generalnego Gubernatorstwa podzielony został pod względem administracyjnym na 4 Okręgi: Kraków, Lublin, Radom, Warszawa. Organizacja Izby Zdrowia ustaliła powołanie do życia w tych okręgach jej komórek organizacyjnych drugiego stopnia tj. Okręgowych Izb Zdrowia z siedzibą w poszczególnych miastach okręgowych, co w wyniku wymagało zorganizowania również w tych miastach działów zawodowych: Izby Lekarsko-Dentystyczne.

W tym momencie istniały tylko dwa gotowe aparaty Izb Lekarsko-Dentystycznych tj. w Krakowie i w Warszawie, natomiast w Lublinie i Radomiu tych aparatów nigdy przedtem nie było. Izba krakowska zawiadywała terenem okręgów: Kraków, Radom i Lublin, zaś Warszawa tylko terenem miasta Warszawy.

W pierwszym etapie prac **przyłączono do Izby w Warszawie** tereny okręgu warszawskiego i przystąpiono do ewidencyjnego uchwycenia lekarzy-dentystów, praktykujących na terenie dziesięciu powiatów tego okręgu.

Równocześnie celem podniesienia sprawności administrowania **okręgiem lubelskim,** który sąsiaduje bezpośrednio z okręgiem warszawskim, odłączono ten okręg od Izby w Krakowie i **włączono pod względem administracyjnym na okres przejściowy do Izby Lekarsko-Dentystycznej w Warszawie.** W Lublinie ustanowiono tymczasowo łączników w osobach dwuch lekarzy-dentystów (Dziewulska i Chełchowski) i przystąpiono również do pracy ewindencyjnego uchwycenia lekarzy-dentystów okręgu lubelskiego. **Opracowanie techniczne okręgu lubelskiego odbywa się odtąd w Izbie w Warszawie i jest w ten sposób pomyślane i przeprowadzone, że stanowi w sobie zamkniętą całość, która każdej chwili może być przeniesiona i uruchomiona w Lublinie.** Dotychczas tego nie uczyniono, gdyż w Lublinie nie ma właściwie zupełnie aparatu biurowego, ani odpowiednich pomieszczeń i urządzenia.

Szczegóły techniczne włączenia terenów okręgu warszawskiego oraz przyłączenia okręgu lubelskiego do Izby warszawskiej znalazły swój wyraz w wydanych okólnikach z dnia 16. i 19-go lipca 1940 r.

W związku z objęciem przez dział zawodowy Izby Lekarsko-Dentystyczne **techników dentystycznych,** którzy dotąd w ogóle do Izby nie należeli — **utworzono dla tychże 3 sekcje** według poszczególnych rodzajów uprawnień.

Sekcje te zorganizowane w Krakowie i Warszawie są następujące: uprawnieni technicy (Sekcja II), technicy dentystyczni (Sekcja III), laboranci techniczno-dentystyczni (Sekcja IV).

Ustawowe zasady podziału na powyższe kategorie zostały opracowane i okólnikiem z dnia 15. VII. 1940 r. podane do wiadomości i stosowania Okręgowym Izbom Zdrowia i wszystkim lekarzom powiatowym.

W miarę postępu i rozrostu prac okazało się koniecznym **ustanowienie zarządców działu zawodowego w Okręgowych Izbach Zdrowia.** Kierownik Izby Zdrowia na te stanowiska powołał w Krakowie lekarza-dentystę Dra Piątkowskiego Władysława, zaś w Warszawie lekarza-dentystę Bornę Tadeusza.

W tymże okresie Kierownik Izby Zdrowia zatwierdził na stanowisku **prezesa** w Warszawie lekarza-dentystę Leona Walickiego, zaś w Krakowie lek.-dent. Dominika Kazimierza.

Przewodniczącymi poszczególnych sekcyj techników dentystycznych zostali mianowani:

	Kraków	Warszawa
Sekcja II	— Jachimowicz E.	Korach J.
„ III	— Bieniaszek St.	Grunwald T.
„ IV	— Mazaraki S.	Chajkowski B.

B. Prace z zakresu ustawodawstwa.

W okresie sprawozdawczym **przetłumaczono** z języka polskiego na język niemiecki dwie podstawowe ustawy, a mianowicie:

1) Rozporządzenie b. Prezydenta R. P. z dnia 10. VI. 1927 r. o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych,
2) Ustawę z dnia 11. I. 1938 o Izbach Lekarsko-Dentystycznych.

Brak przepisów wykonawczych do ustawy wymienionej pod pkt. 1) spowodował, że niektóre jej przepisy, a w szczególności te, które dotyczyły rodzaju uprawnień, były rozmaicie komentowane przez poszczególne grupy zawodowe. Aby tę rozbieżność sprowadzić na właściwe tory, **opracowane zostały przepisy wyjaśniające i ustalające zakres kompetencji** lekarzy-dentystów, uprawnionych techników dentystycznych, techników dentystycznych, oraz laborantów techniczno-dentystycznych. Ustalenie powyższe poprzedzone zostało omówieniem przez Kierownika Izby Zdrowia tych zagadnień z przedstawicielami poszczególnych grup przy współudziale doradcy prawnego Izby Zdrowia.

W formie ostatecznej i przez Kierownika Izby Zdrowia zatwierdzonej ukazały się te przepisy w pięciu artykułach zarządcy działu zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystycznej na łamach Dziennika Urzę-

dowego Izby Zdrowia „Zdrowie i Życie“ a to w Nr. 1, 6, 10, 14 z r. 1940 i Nr. 2 z r. 1941.

C. Przeprowadzenie pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych.

Zarządzeniem Izby Zdrowia wszystkie zawody lecznicze zobowiązane zostały do pierwszego zgłoszenia się i wypełnienia specjalnych kwestionariuszy.

W odniesieniu do zawodów objętych organizacyjnie przez dział zawodowy: Izby Lekarsko-Dentystyczne pracę tę zorganizowano w sposób następujący:

1) doręczono członkom kwestionariusze zgłoszeniowe wraz z opracowaną instrukcją o sposobie ich wypełniania;

2) zorganizowano w Warszawie i Krakowie specjalne komisje do przyjmowania zgłaszających się;

3) do lekarzy powiatowych w poszczególnych okręgach wysłano kwestionariusze i okólniki, omawiające sposób przeprowadzenia zgłoszenia oraz ustalające terminy zgłoszeń na ich terenach, tudzież terminy przedłożenia wypełnionych kwestionariuszy Izbie Zdrowia;

4) rozkład terminów dla przeprowadzenia zgłoszeń na terenie Gen. Gubernatorstwa ustalono, jak następuje:

Kraków miasto — 10.—18. IX.
„ powiaty — 10.—17. IX.
Radom (Okręg) — 10.—17. IX.
Lublin (Okręg) — 20.—26. IX.
Warszawa miasto — 23.—31. VIII.
„ powiat — 4.—10. IX.

W powyższych terminach zgłosiło się 85% osób podlegających zgłoszeniu.

W przyjmowaniu zgłoszeń największej pracy musiała dokonać Izba warszawska, mając u siebie 68% ogółu stanu lekarzy-dentystów w Gen. Gubernatorstwie; przebieg tego pierwszego zgłoszenia ilustruje Tabela Nr. 5. (Ciąg dalszy nastąpi)

Tabela 5. PRZEBIEG REJESTRACJI — LEKARZE-DENTYŚCI **Warszawa**

Nazwiska w/g alfabetu	A = Aryjczycy				B = Żydzi					
	Podstawy zgłoszenia				Zgłosiło się			Nie zgłosiło się		
	Data	A.	B.	Razem	A.	B.	Razem	A.	B.	Razem
A—C	22/8	82	83	165	68	81	149	14	2	16
D—F	23/8	39	76	115	32	71	103	7	5	12
G	24/8	55	70	125	45	66	111	10	4	14
H—J	26/8	39	40	79	30	39	69	9	1	10
K	27/8	88	70	158	80	65	145	8	5	13
L—M	28/8	80	80	160	68	73	141	12	7	19
N—R	29/8	99	74	173	82	64	146	17	10	27
S	30/8	89	79	168	71	60	131	18	19	37
T—Z	31/8	87	60	147	67	49	116	20	11	31
Ogółem		**658**	**632**	**1290**	**543**	**568**	**1111**	**113**	**64**	**179**

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Gesundheitskammer
im Generalgouvernement.

Krakau, den 10. Mai 1941.

ANORDNUNG Nr. 27.

Betrifft: Ausweise für nichtnostrifizierte Ärzte.

Es sind Zweifel darüber entstanden, ob die Distriktsgesundheitskammer auch solchen Ärzten die Ausweise für die Heilberufler ausstellen sollen, die in der ehemaligen Republik Polen nichtnostrifizierte, fremdländische Diplome besitzen.

Ich ordne deshalb an:

Ärzte, die in der ehem. Republik Polen nichtnostrifizierte, fremdländische Diplome besitzen und bei den Distriktsgesundheitskammern registriert sind, erhalten die Ausweise. Allerdings wird in der Rubrik „Beruf“ bei der Bezeichnung „Arzt“, die Bemerkung „nichtnostrifiziert“ eingetragen.

Der Leiter i. V.
Dr. Kroll

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie

Kraków, 10 maja 1941.

ZARZĄDZENIE Nr. 27.

Dotyczy: Legitymacje dla lekarzy nienostryfikowanych.

Przy wystawianiu legitymacji lekarskich powstały wątpliwości, czy Okręgowe Izby Zdrowia mają wydawać legitymacje członkowskie także i tym lekarzom, którzy mają obce dyplomy, w b. Rzeczypospolitej Polskiej nienostryfikowane.

Pod tym względem zarządzam co następuje:

Lekarze posiadający zagraniczne dyplomy w b. Rzeczypospolitej Polskiej nienostryfikowane, a rejestrowani w Okręgowych Izbach Zdrowia, otrzymają legitymacje, w których w rubryce „zawód“ przy oznaczeniu „lekarz“ wpisać należy uwagę „nienostryfikowany“.

Kierownik w z.
Dr. Kroll

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.